

患者 ID :

成長発達支援外来 問診票・成長記録表

記入日 : 年 月 日

記載者 : 本人・父・母・兄・姉・祖父・祖母

その他 ()

フリガナ

生年月日

患者氏名

年齢

歳

ヵ月

性別

※ () 人兄弟の () 番目

※診断に必要な場合、乳房・外性器の診察を行う場合があります。

あらかじめ、ご理解いただきますようお願い致します。

ご家族の身長・体重をご記入ください

続柄	年齢	身長	体重
父	歳	c m	k g
母	歳	c m	k g
兄・姉	歳 ヵ月	c m	k g
兄・姉	歳 ヵ月	c m	k g
本人	歳 ヵ月	c m	k g
弟・妹	歳 ヵ月	c m	k g
弟・妹	歳 ヵ月	c m	k g

下記の項目について、ご記入または、○をつけてください

1. どのような症状があり、ご来院されましたか

低身長 / 肥満

その他 ()

2. その症状は、いつ頃気になりましたか

年 月 日頃 (歳 ヵ月) から

3. 現在、治療している病気はありますか

病名	時期 (年齢)
なし /	

4. 現在、使用している薬はありますか

なし /	
------	--

患者 ID :

5. 今までにかかったことのある病気はありますか

病名	時期 (年齢)
なし /	

6. 今までに手術を受けたことはありますか

病名	時期 (年齢)
なし /	

7. アレルギーはありますか

食べ物	無し / 卵 / 乳・乳製品 / 小麦 / その他
薬剤	無し /
その他	

妊娠中・出産時の経過についてご記入ください

1. 妊娠中の異常	なし / 妊娠糖尿病 / 妊娠高血圧症候群 / 切迫流産・早産 / 前置胎盤 / 胎盤機能不全 / その他 ()
2. 在胎週数	() 週 () 日
3. 分娩時の異常	なし / 前・早期破水 / 微弱陣痛 / 臍帯巻絡 / 廻旋異常 / 墜落産 その他 ()
4. 分娩方法	普通 / 吸引 / 鉗子 / 帝王切開 / その他 頭位 (正常) 分娩 / 骨盤位 (逆子) 分娩
5. 出生時体重	() g 出生時身長 () cm
6. 出生時の異常	なし / 仮死 / 黄疸 (普通 / 強 / 光線療法 日間) その他 ()

その他、ご不安な点やご相談がありましたらご記入ください。

--

